

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

123

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston DOUVILLE

Né à Bourville (Seine-Inférieure), le 23 Octobre 1883.

DE QUELQUES SIGNES D'ARTÉRITE

CHEZ DES

ARTÉRIO-SCLÉREUX

Président : M. ROGER, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

1910

123

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

PAR

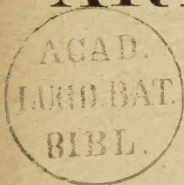
Gaston DOUVILLE

Né à Bourville (Seine-Inférieure), le 23 Octobre 1883.

DE QUELQUES SIGNES D'ARTÉRITE

CHEZ DES

ARTÉRIO-SCLÉREUX



~~~~~  
*Président : M. ROGER, professeur.*

---

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

**JULES ROUSSET**

1, rue Casimir-Delavigne, et rue Monsieur-le-Prince, 12

---

1910

# Faculté de Médecine de Paris

## LE DOYEN PROFESSEURS

|                                                                         |                       |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Anatomie . . . . .                                                      | NICOLAS               |
| Physiologie . . . . .                                                   | CH. RICHET            |
| Physique médicale . . . . .                                             | GARIEL                |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           | GAUTIER               |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  | BLANCHARD             |
| Pathologie et Thérapeutique générales . . . . .                         | ACHARD                |
| Pathologie médicale . . . . .                                           | { WIDAL               |
|                                                                         | { DEJERINE            |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       | LANNELONGUE           |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         | PIERRE MARIE          |
| Histologie . . . . .                                                    | PRENANT               |
| Opérations et appareils . . . . .                                       | HARTMANN              |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             | POUCHET               |
| Thérapeutique . . . . .                                                 | MARFAN                |
| Hygiène . . . . .                                                       | CHANTEMESSE           |
| Médecine légale . . . . .                                               | THOINOT               |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    | CHAUFFARD             |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                          | ROGER                 |
|                                                                         | HAYEM                 |
| Clinique médicale . . . . .                                             | { GILBERT             |
|                                                                         | { DEBOVE              |
|                                                                         | { LANDOUZY            |
|                                                                         | { HUTINEL             |
| Maladies des enfants . . . . .                                          |                       |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . | GILBERT BALLET        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques . . . . .               | GAUCHER               |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      |                       |
|                                                                         | DELBET                |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                         | { QUENU               |
|                                                                         | { RECLUS              |
|                                                                         | { ONDSEG              |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      | { DELAPERSONNE        |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     | { ALBARRAN            |
|                                                                         | { BAR                 |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      | { PINARD              |
|                                                                         | { RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        | { POZZI               |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                               | { KIRMISSON           |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        | { ALBERT ROBIN        |

## Agrégés en exercice

| MM.        |                   |            |           |
|------------|-------------------|------------|-----------|
| BALTHAZARD | DESGREZ           | LENORMANT  | PROUST    |
| BERNARD    | DUVAL (P.)        | LEQUEUX    | RATHERY   |
| BRANCA     | GOUGEROT          | LERI       | RETERER   |
| BRINDEAU   | GREGOIRE          | LOEPER     | RICHAUD   |
| BROCA (A.) | GUENIOT           | MACAIGNE   | ROUSSY    |
| BRUMPT     | GUILLAIN          | MAILLARD   | ROUVIERRE |
| CAMUS      | JEANNIN           | MORESTIN   | SCHWARTZ  |
| CARNOT     | JOUSSET (A.)      | MULON      | SICARD    |
| CASTAIGNE  | LABBE (M.)        | NICLOUX    | TERRIEN   |
| CHEVASSU   | LANGLOIS          | NOBECOURT  | TIFFENEAU |
| CLAUDE     | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC   | ZIMMERN   |
| COUVELAIRE | LECENE            | OMBREDANNE |           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES CHERS DISPARUS

A MA FIDÈLE COMPAGNE

dont le concours me fut si utile  
dans ma carrière médicale

A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES

A MON AMI LETELLIER

**A mon président de thèse**

**Monsieur le Professeur ROGER  
Professeur à la Faculté de Médecine  
Chevalier de la Légion d'Honneur**

A. M. le Docteur BRUNON

Directeur de l'École de médecine de Rouen

Professeur de Clinique médicale,  
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Hommage reconnaissant.*



A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE  
ET DANS LES HÔPITAUX DE ROUEN ET PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR CERNÉ  
Chirurgien des hôpitaux,  
Professeur de clinique chirurgicale. Externat 1906.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNE  
Chirurgien des hôpitaux,  
Professeur de médecine opératoire. Externat 1906.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON  
Médecin des hôpitaux,  
Professeur de pathologie interne. Externat 1907

MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEL  
Médecin des hôpitaux. Externat 1907.

MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER  
Médecin des hôpitaux,  
Professeur de clinique médicale. Externat 1908.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEVÉ  
Médecin des hôpitaux,  
Professeur d'anatomie pathologique. Externat et internat 1908.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRUNON  
Médecin des hôpitaux,  
Professeur de clinique médicale. 1910.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER  
Médecin à l'hôpital Saint-Louis,  
Professeur de clinique dermatologique. Stage 1909-1910

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNAIRE  
Accoucheur des hôpitaux. Stage 1910.



## INTRODUCTION

---

Les artérites sont dues à un nombre très considérable de causes.

Les maladies infectieuses ou virulentes comme la fièvre typhoïde (1), les fièvres éruptives (2), la grippe (3), la pneumonie (4), la tuberculose (5), la syphilis (6), le

---

(1) Barié. — Etude sur 20 cas d'artérite après fièvre typhoïde. *Revue de Médecine*, 1884.

(2) Thérèse. Des artérites secondaires aux maladies infectieuses. Thèse de Paris 1893.

(3) Boisramé. Des artérites aiguës dans la grippe. Thèse de Paris 1899.

Fort. Des artérites dans la grippe. Thèse de Paris 1900.

(4) Vulpian. Notes sur deux cas d'artérites par M. Brunon interne. *Archives de Médecine* 1884. Tome U, page 91.

(5) Challe. Lésions artificielles de la tuberculose. Thèse de Paris 1898.

(6) Druelle. Gangrène des membres par artérites syphilitiques. Thèse de Paris 1906.

Durandard. Artérite syphililiques des membres. Paris 1902.

paludisme (1), le rhumatisme articulaire aigu (2), fournissent dans l'étiologie de ces affections un contingent très élevé.

L'artérite peut être encore d'origine toxique (alcoolisme, saturnisme, ergotisme, tabagisme, etc.).

Enfin, on trouve souvent à l'artérite une origine diathésique, diabète et surtout l'arthritisme, cette dernière diathèse étant considérée comme la cause principale de l'artérite chronique ou encore l'artério-sclérose (3).

Cette notion de l'origine infectieuse de l'artérite est en somme de date relativement récente;

Certes Cruveilhier (4) avait admis que l'endartérite était le point de départ, le phénomène initial des coagulations sanguines intra-artérielles et Bérard, dans le *Dictionnaire* en trente volumes, s'était fait l'interprète de cette doctrine. Mais elle eut le malheur d'être battue en brèche par Virchow (5) qui, loin de considérer l'artérite comme la cause des oblitérations vasculaires, la considérait comme le résultat des coagulations sanguines apportées par embolies ou formées sur place par suite d'une « Thrombose marastique ». Cette thrombose maras-

---

(1) Petit et Verneuil. Asphyxie locale et gangrène palustre. *Revue de Chirurgie* 1883, page 718.

(2) Astier. Artérite rhumatismale. Thèse de Bordeaux 1897.

Quaille. Artérites rhumatismales aiguës Thèse de Paris 1906.

(3) Rocher. Lésions artérielles dans l'artério-sclérose. Thèse de Paris.

(4) Cruveilhier. Anatomie pathologique du corps humain. Paris, 1828.

(5) Virchow. Arch. fur path. Anato. u. Physiol. Bd I, 1847.

tique reconnaissait elle-même pour cause le ralentissement de la circulation, par diminution de la tonicité cardio-vasculaire, et peut-être aussi les altérations du sang.

C'est à ces altérations du sang qu'après Virchow, Trousseau (1) fait jouer le rôle principal.

Puis l'étude des gangrènes des extrémités au cours de la fièvre typhoïde montra que si quelques-unes sont dues à une embolie « la plupart doivent selon toute vraisemblance, et malgré l'absence de renseignements sur « l'état des artères pendant la vie comme après la mort, « être attribuées à l'artérite » (2).

Patry (3), le premier en 1863, constata et décrivit nettement l'artérite dont il fit la lésion primordiale dans la gangrène des membres au cours de la fièvre typhoïde.

Avec cet auteur, on revient à l'opinion ancienne que la thrombose est le résultat et non la cause de l'endarterite.

En 1865 Maurice Raynaud admet que l'endarterite est toujours secondaire et passive. Cette opinion est aussi soutenue par Debierre (4) 1877.

---

(1) Trousseau. Cliniques de l'Hôtel-Dieu. 7<sup>e</sup> édition, tome I, page 386.

(2) Roger et Gouget. Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.

(3) Patry. De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — *Archives générales de Médecine* février 1863.

(4) Debierre. Des oblitérations artérielles dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris 1877.

Mais les recherches expérimentales devaient montrer que l'arrêt du courant sanguin était insuffisant à amener une thrombose, s'il ne s'accompagnait pas d'altérations de l'endothélium.

Puis les publications se multiplient et nous arrivons aux travaux du Professeur Vulpian sur deux cas d'artérites observés dans son service de l'Hôtel-Dieu et publiés par les soins de son interne M. Brunon, en 1884 (1).

De ces deux observations, l'une a trait à une artérite du membre inférieur droit au cours d'une pleuro-pneumonie gauche, l'autre à des accidents prédominant au membre inférieur gauche chez un homme présentant une scléro-athéromasie artérielle généralisée. Dans ces observations, le professeur Vulpian fait remarquer et considère même comme un des signes de l'artérite la cyanose des membres inférieurs, augmentant ou apparaissant par la station debout. Il se basait pour affirmer ce diagnostic sur de nombreuses observations d'artérites au cours de la fièvre typhoïde, dans lesquelles il avait noté comme un nouveau signe, la cyanose du membre atteint (2).

Notre attention a été souvent attirée par le Docteur Brunon dans son service de Clinique médicale de l'Hôtel-

---

(1) Brunon. Note sur deux cas d'artérite. *Archives de Médecine* 1884. Tome II. Page 91.

(2) Vulpian. Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, *Revue de Médecine* 1883. Tome III. Page 67.

Dieu de Rouen sur la fréquence de la cyanose des extrémités et particulièrement des membres inférieurs, chez un grand nombre de malades et de préférence chez les artério-scléreux, cyanose augmentant ou apparaissant dans la station verticale.

Aussi allons-nous présenter un certain nombre d'observations de cyanose des membres inférieurs chez des artério-scléreux, comme signe d'artérite des artères du membre inférieur.

Nous regrettons de n'avoir pas eu l'occasion de recueillir des observations avec autopsie où l'anatomie pathologique aurait pu apporter une preuve indiscutable de l'artérite, mais nous nous appuierons pour affirmer cette lésion sur une base solide, les travaux de Vulpian.

## HISTORIQUE

---

Les premiers auteurs qui s'occupèrent des artérites, passèrent complètement sous silence la cyanose dans la description des divers symptômes qu'ils avaient eu l'occasion d'observer.

Ce fut Vulpian qui, le premier en 1883, observa dans un cas d'artérite au cours d'une fièvre typhoïde de la cyanose du membre inférieur : « Le malade attire l'attention sur la coloration rosée, un peu sombre que prend sa jambe droite, lorsqu'il se lève. En le faisant mettre debout, on voit en effet au bout de très peu d'instants, la peau de la jambe et celle du pied se congestionner et devenir d'un rouge un peu foncé. C'est une véritable cyanose qui se montre ainsi et qui s'étend, en s'atténuant jusqu'à la partie inférieure de la cuisse » (1) .

L'année suivante, M. Brunon sous l'inspiration de son chef de service, M. Vulpian publie dans les *Archives de*

---

(1) Vulpian. Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde *Revue de médecine* tome III Pages 619-1883.

*médecine* une note sur deux cas d'artérites : l'une au cours d'une pleuro-pneumonie, l'autre dans une artério-sclérose généralisée où il a noté la cyanose du membre atteint, cette cyanose augmentant ou apparaissant lorsqu'on fait lever le malade.

Cette même année 1884, M. Barié dans un travail, ayant pour titre « Contribution à l'histoire de l'artérite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde » (1) qu'il publia dans la *Revue de médecine* et où il rapporte une vingtaine de cas d'artérite aiguë consécutifs à la fièvre typhoïde, note la cyanose des membres atteints dans quelques-unes de ses observations.

En 1886, Facien dans sa thèse inaugurale (2) cite deux observations où il note la cyanose.

Dans son observation II : « Le pied droit est toujours plus froid que celui du côté opposé et il est sensiblement plus gros; il offre une teinte cyanique sombre. Dans la station verticale, le pied est empâté et cyanosé jusqu'aux malléoles ».

Dans son observation III : « Le tégument offrait une teinte livide, bleuâtre, très accentuée, mais uniforme et sans menace de sillon.

« De plus, le pied est le siège d'une sudation locale abondante, et le malade remarquait que la station debout exagérerait cette sécrétion sudorale ».

Ces phénomènes de sudation locale s'exagérant par la station verticale avaient déjà été signalés par le professeur Vulpian qui les rapprochait de la cyanose s'exagérant dans la même position.

---

(1) Barié. *Revue de médecine* 1884. Pages 1 et 124.

(2) Facien. Thèse Bordeaux 1886. De l'artérite des membres dans la fièvre typhoïde.

En 1897, Astier (1), et en 1899, Boissramé (2) dans leur thèse citent la cyanose parmi les symptômes qu'ils ont observés.

Enfin, en 1902, Camuset (3) note dans sa thèse que « l'on peut observer de la cyanose, du refroidissement des extrémités qui surviennent sous forme de crises passagères, spontanées ou provoquées. Ces symptômes s'aggravent, lorsque le membre atteint est particulièrement exposé au froid ou soumis à un fonctionnement intempes- tif ou exagéré (mouvement de marche, de saut, etc., lorsqu'il s'agit des membres inférieurs ; travail exagéré des bras, s'il s'agit des membres supérieurs) ».

Et dans son observation IV où l'autopsie a pu être faite et apporter une preuve d'artérite, la cyanose s'était montrée un an avant l'apparition des phénomènes de gangrène.

Mais il nous faut remarquer que toutes ces cyanoses ont été notées dans des artérites aiguës au cours de maladies infectieuses, fièvre typhoïde, grippe, rhumatisme articulaire aigu, etc., et que jusqu'alors dans l'artérite chronique, il n'y a qu'un seul cas relaté où l'on ait observé de la cyanose des membres inférieurs : c'est le malade de Vulpian dont l'observation a été publiée par les soins de M. Brunon et que nous publions à la fin de ce travail.

---

(1) Astier 1897. Thèse de Bordeaux, Etudes critiques de quelques observations d'artérites rhumatismales.

(2) Boissramé. Des artérites aiguës dans la grippe. Th. de Paris 1899.

(3) Camuset. Th. de Paris 1902. Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée.

## ÉTIOLOGIE

---

Nous avons vu dans l'introduction de ce travail sur l'artérite que c'est surtout au cours des maladies infectieuses : fièvre typhoïde, typhus, grippe, etc., que surviennent les accidents d'artérite aiguë des membres. Mais même dans ces infections, c'est une complication rare.

« Si toutes les affections infectieuses peuvent frapper  
« les artères, celles-ci sont atteintes avec une fréquence  
« et dans des conditions différentes suivant qu'il s'agit  
« de telle ou telle infection ou de telle ou telle artère (1) ».

On peut ne rencontrer des lésions que dans les artères périphériques; l'aorte peut être indemne; les artères des membres inférieurs (artères iliaques, fémorales, poplitées, tibiales) sont plus fréquemment atteintes que celles des membres supérieurs. A la suite d'observations nombreuses, Cruveilhier estime que l'artérite des

---

(1) Royer et Gouget. Maladies des artères. — Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.

membres inférieurs est à celle des membres supérieurs dans un rapport de 30 à 1. (1)

Sur 24 cas d'artérites au cours de la fièvre typhoïde publiés par Barié dans la *Revue de Médecine* de 1884, 22 ont intéressé les membres inférieurs.

Sur 15 observations d'artérites grippales publiées par Boisramé dans sa thèse de Paris de 1872, 11 cas intéressent les membres inférieurs.

Il en est de même des autres maladies infectieuses, sauf peut-être le rhumatisme aigu qui, comme Queille l'a montré dans sa thèse, a une prédilection pour l'aorte et les artères du cou et des membres supérieurs.

Mais c'est une exception, et Brault parlant du siège des lésions quand les artères périphériques sont seules touchées, écrit : « Dans cet ordre de faits, les iliaques, « les fémorales, les tibiales sont plus fréquemment « atteintes que les artères des membres supérieurs » (2).

De plus, le sexe masculin paraît être plus prédisposé, et dans l'ensemble des observations d'artérites, quel qu'en soit la cause, on trouve en général trois hommes pour une femme.

Un traumatisme, une ancienne altération de l'artère, peuvent agir comme cause d'appel ainsi qu'une moindre activité de la circulation, car la circulation collatérale pourra moins facilement s'établir, la nutrition des tissus sera moins parfaite, d'où le rôle incontestable de l'âge et en effet, dans les diverses observations d'artérite,

---

(1) Cruveilhier. Essai sur l'anatomie pathologique en général, 1816.

(2) Brault. Les Artérites 1896.

celles-ci sont d'autant plus nombreuses que les sujets sont plus âgés.

Ce fait n'a point lieu de nous surprendre, car la vulnérabilité du système vasculaire en général et du système artériel en particulier ne peut que se développer avec l'âge; les années apportant avec elles leur contingent d'altérations, d'usure vasculaire et diminuant ainsi la résistance des vaisseaux.

Aussi n'est-il pas étonnant de trouver les symptômes d'artérite dans l'artério-sclérose que l'on considère comme l'aboutissant de toutes les causes pathogènes qui ont traversé l'existence; mais il est possible, probable même, que nombre d'artérites, celles par exemple des artères profondes puissent passer inaperçues; pourtant, si nous considérons la grande fréquence de l'artério-sclérose et le petit nombre des cas d'artérite observés, il nous faut bien admettre que l'inflammation des artères est un fait très rare, ou que faute de symptômes graves comme la gangrène, l'attention des observateurs n'est pas attirée de ce côté. Cependant si l'on recherche les petits signes de l'artérite chez tous les artério-scléreux, il est rare qu'on ne trouve pas un ensemble souvent incomplet, mais suffisant de faits, permettant d'affirmer l'artérite.

## PATHOGÉNIE.

---

Les artérites aiguës peuvent apparaître dans différentes conditions :

Elles peuvent être dues à des localisations de l'agent spécifique qui a causé la maladie principale, ou à un autre agent d'infection secondaire, ou à des toxines.

La preuve en a été faite par l'expérimentation :

En traumatisant des artères et en touchant la paroi vasculaire, on est parvenu à produire des artérites. En injectant dans les veines les principaux microbes, ou leurs toxines, on a déterminé de même des artérites.

Mais dans les maladies, quelle est la voie d'apport des microbes ou de leurs toxines? On a admis le sang. En effet, d'après les théories parasitaires actuelles, qui régissent la plupart, pour ne pas dire toutes les maladies infectieuses, il est de toute évidence que le sang devient un des véhicules principaux des agents toxiques; il s'ensuit un travail d'irritation lente, mais permanente et progressive sur les parois artérielles qui aboutit à l'inflammation de celles-ci.

D'autres auteurs ont soutenu comme voie d'apport :

les vasa-vasorum ou la lymphe qui baigne la tunique externe des artères.

L'expérimentation a fait voir que ces trois voies d'apport du microbe ou de sa toxine peuvent être suivies; mais la plus habituelle est la première, le sang circulant dans la cavité de l'artère étant le principal vecteur.

De même en est-il pour la pathogénie de l'artériosclérose. L'hypertension n'est plus considérée comme la cause de l'artério-sclérose, mais bien comme le résultat des lésions artérielles :

Pour Potain : « A l'origine, l'altération des parois artérielles est certainement le fait primitif et l'hypertension la conséquence » (1).

Les auteurs allemands vont plus loin et pour eux « l'hypertension serait un phénomène réactionnel, compensateur et par suite, salulaire, dû à l'augmentation de travail du cœur et destiné à surmonter l'obstacle produit par le rétrécissement des artéριοles » (2).

On est donc amené à attribuer aux lésions artérielles, tant aiguës que chroniques, une origine toxique.

Mais dans les cas qui nous occupent, on doit se demander si les lésions d'artérites vont jusqu'à l'oblitération; sans doute, non, puisque les symptômes d'oblitération rapide, manquent; il faut donc s'arrêter à l'endartérite végétante, à l'oblitération par thrombose par place, et encore l'oblitération est-elle incomplète; pariétale, suivant la description de Barié (3).

---

(1) Boyerel-Gouyet. Maladies des artères.

(2) Barié. *Revue de médecine*, 1884.

(3) Potain. Leçons cliniques de la Charité, 1894.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

La coloration rouge de la membrane interne des artères, considérée pendant longtemps depuis Franck (1), comme le signe de l'inflammation vasculaire n'était qu'un simple phénomène d'inhibition post mortem.

Comme l'avait déjà indiqué Gendrin (2), puis Bérard (3), mais comme l'ont montré surtout les travaux de Lancereaux (4) et de Cornil et Ranvier (5), ce qui caractérise essentiellement l'artérite, ce sont les exsudats des parois artérielles.

On observe un épaississement localisé de la tunique interne qui est soulevée, bourgeonnante, soit sur un

---

(1) Franck. *De curandis hominum morbis* épitome. Mannheim 1792.

(2) Gendrin. *Hist. anal. des inflammations*. Tome II, Paris 1826.

(3) Bérard. *Dict. en 30 volumes*. — *Art. Artères*, Paris 1833.

(4) Lancereaux. *Dict. encyclopéd. Dechambre*. — *Art. Artérites*, 1871.

(5) Cornil et Ranvier. *Anatomie pathologique*.

point seulement, soit sur tout son pourtour. Puis l'endothélium tuméfié et granuleux desquame, tandis qu'au-dessous la tunique interne s'infiltré de nombreuses cellules rondes ou embryonnaires résultant de la prolifération des éléments conjonctifs normaux de la paroi. Puis le processus inflammatoire s'accroît, et les tuniques moyennes et externes sont atteintes quoique plus légèrement.

Il se forme alors le plus souvent un caillot sur la partie desquamée de l'endartère, ce caillot, en cas d'artérite très localisée, peut sans doute rester assez petit pour ne pas oblitérer l'artère et s'émietter ou être résorbé par la paroi.

C'est sans doute à ces cas que l'on a affaire dans les artérites pariétales décrites par Barié (1), ou, par suite de la guérison constante des malades, les vérifications anatomiques ont manqué. Aussi nous ne sommes guère renseignés sur l'évolution ultérieure de ces lésions; la réparation est-elle vraiment parfaite? Le vaisseau retrouve-t-il son élasticité normale, ou ne persiste-t-il pas une cicatrice, sous forme de plaque d'artérite chronique, ou un point faible capable de s'épaissir et de s'indurer peu à peu avec le temps et même de gagner de proche en proche tout l'appareil vasculaire. Comme nous l'avons vu dans l'étiologie de l'artério-sclérose, il est certain que l'infection joue un rôle important. Les lésions de l'artério-sclérose sont d'essence primitivement inflammatoire, secondairement dégénératives, — et, si souvent sur les gros vaisseaux comme l'aorte, les

---

(1) Barié. *Revue de Médecine*, 1884. Contribution à l'histoire des artérites.

carotides, elles évoluent vers la dilatation, l'anévrysme, le plus souvent sur les petits vaisseaux des membres, les lésions évoluent vers le rétrécissement et peuvent aboutir à l'oblitération; dans ce cas, il y a souvent l'adjonction d'un thrombus au foyer d'endartérite.

Ce thrombus est « très peu organisé, probablement parce que la tunique interne ne possède pas de cellules capables de proliférer, d'entrer dans le caillot et de l'organiser comme dans les vaisseaux non athéromateux (1) ». C'est à des lésions de ce genre qu'il faut rapporter les troubles vasculaires que nous avons observés chez un certain nombre d'artério-scléreux dont nous rapportons les observations.

---

(1) Cornil et Ranvier. Anatomie pathologique.

## SYMPTOMES

---

Les symptômes de l'artério-sclérose sont nombreux et variés, en raison même de l'intensité et de la topographie des lésions qui sont éminemment variables.

On peut les diviser en deux grands groupes : les signes physiques fournis par l'exploration des artères accessibles, et les troubles fonctionnels dues à des altérations anatomiques causées par les lésions artérielles.

Nous n'insisterons pas sur les signes physiques de l'aortite chronique, comme l'augmentation de la matité aortique, les battements de la crosse au-dessus de la fourchette sternale, l'élévation de la sous-clavière, le timbre clangoreux du 2<sup>e</sup> bruit cardiaque, les souffles cardiaques qui peuvent se rencontrer chez les artério-scléreux, car l'aorte étant profondément située, ce n'est pas elle qui attire d'abord l'attention, mais bien plutôt la radiale qui, par sa situation superficielle et par l'habitude que l'on a d'explorer cette artère, pour la recherche du pouls, fait souvent par son examen seul, poser le diagnostic d'artério-sclérose.

Cette artère peut offrir au doigt une résistance exagérée, une surface inégale; elle peut être flexueuse, rigide comme un tuyau de pipe.

Le pouls est dur et serré et le tracé sphymographique présente une courbe caractéristique.

Au sphymomanomètre, la tension artérielle est élevée : elle peut aller jusqu'à 30 et 32 au lieu de la pression normale qui est de 16 à 18 elle peut donc être doublée. Cette hypertension artérielle serait d'après les auteurs allemands « un symptôme d'avertissement » constituant souvent le premier signe appréciable de la sclérose des artères.

Les autres artères de l'économie peuvent montrer les mêmes caractères que la radiale, et l'une d'elle par sa flexuosité souvent très apparente, peut constituer un signe qui attire l'attention : le signe de la temporale.

Quant aux signes fonctionnels de l'artério-sclérose, on peut noter sur le cœur de l'hypertrophie du ventricule gauche avec ses signes : augmentation de la matité cardiaque, surtout à gauche, abaissement de la pointe, énergie de l'impulsion précordiale; à l'auscultation on note le timbre clangoreux, métallique, du 2<sup>e</sup> bruit cardiaque à l'orifice aortique et quelquefois un bruit de galop gauche.

On peut y rattacher des crises d'angine de poitrine.

Dans les membres, les malades accusent différentes sensations désagréables ou douloureuses comme des fourmillements, des douleurs dans les mollets, aux pieds, des crampes, une sensation de doigt mort et la claudication intermittente.

Du côté du cerveau, on peut observer des lourdeurs de tête, des céphalées, de la somnolence, de l'apathie,

de la fatigue après un travail même modéré, et surtout des vertiges, à l'occasion des moindres mouvements.

On note encore du côté des organes nerveux : l'arc senile ou gérontoxon, une diminution de l'audition, des bourdonnements d'oreilles, du coryza chronique, des épistaxis.

Tels sont les principaux signes qui permettent d'affirmer le diagnostic de l'artério-sclérose.

Ce sont ces symptômes plus ou moins nombreux et réunis dans nos observations, qui nous ont permis, par leur ensemble de considérer nos malades comme atteints d'artério-sclérose. Aussi allons-nous voir un autre groupe de faits que nous avons observés, surtout localisés aux membres inférieurs et qui se rattachent cliniquement à l'artérite; ces symptômes sur lesquels Vulpian avait le premier attiré l'attention, se retrouvant dans les artérites aiguës.

Un des premiers comme date d'apparition sont les *douleurs*; elles présentent de grandes variabilités. Elles peuvent être très vives, mais, le plus souvent, elles n'ont pas un caractère aigu, mais consistent plutôt en lourdeurs du membre, sensation de fatigue de déchirement des muscles ressemblant aux douleurs rhumatoïdes. Elles peuvent être spontanées, mais le plus souvent, elles disparaissent par le repos au lit et le décubitus horizontal et apparaissent à l'occasion des mouvements, de la marche, de la simple station debout et quelquefois par la pression.

En effet, la pression sur les artères, et en particulier, dans certains points, lieu d'élection de l'artérite, comme la région de l'aîne le triangle de Scarpa, le creux poplité, la face postérieure du ligament intéroscieux

tibio-péronier, derrière la malléole interne provoque des douleurs très aiguës et persistant longtemps. Ces douleurs à la pression marquent que l'endartérite s'accompagne de périartérite et que l'inflammation s'est étendue au tissu péri-vasculaire.

Au contraire, les douleurs rhumatoïdes qui sont les plus fréquentes, « marquent vraisemblablement, non pas « le début de l'endartérite, mais le moment où les vaisseaux « ont commencé à ne plus débiter une quantité suffisante « de sang et à tenir par conséquent les parties dans un « état d'ischémie relatif, ischémie plus accentuée à « certains moments, d'où intermittence des douleurs (1) ».

Outre la douleur, on peut noter *un affaiblissement très notable des battements artériels* dans la jambe la plus atteinte; ou s'il n'y a pas de différence dans l'intensité du pouls, on peut, si l'on prend le pouls en même temps sur les deux jambes, noter un retard dans la transmission des pulsations, l'afflux sanguin étant diminué d'un côté et non de l'autre.

Un autre phénomène fréquent est *l'œdème du membre*, œdème léger, fugace, apparaissant par la station debout prolongée, par la marche, les fatigues; il se montre surtout le soir et disparaît par le repos au lit. Puis on note quelques autres symptômes décrits autrefois par Vulpian et qui apparaissent à l'occasion de la station verticale et ont une grande importance au point de vue diagnostic, par leur fréquence et la facilité avec laquelle le malade s'en aperçoit et met sur la voie du diagnostic.

---

(1) Barbaran et Étienne. Endartérite et gangrène symétrique des extrémités. *Revue médicale de l'Est*, 1889. Page 513.

C'est d'abord *la cyanose* — n'apparaissant que par la station debout : aussi est-ce souvent le malade qui attire l'attention du médecin sur ce symptôme. Nous avons recherché ce symptôme chez tous les artério-scléreux que nous avons eu l'occasion de voir venir se faire soigner à l'hôpital et nous l'avons constaté avec une grande fréquence, — les malades ne présentent pas dans le décubitus dorsal une teinte particulière des extrémités inférieures; quelquefois on peut noter seulement une coloration bleuâtre ou violacée sous forme de marbrure ou de plaques irrégulières que l'on peut rencontrer aussi sur les membres supérieurs, le nez et les oreilles des artério-scléreux, et qui est due à un trouble de la circulation capillaire : mais si l'on fait lever le malade, on voit peu à peu une teinte cyanique uniforme envahir d'abord les orteils, puis le pied, puis remonter plus ou moins haut sur la jambe; rarement, cette teinte dépasse le genou.

Ces caractères de la circulation traduisent pour Vulpian une diminution de l'afflux du sang dans les capillaires.

« La cyanose n'existe pas lorsque le malade est couché, parce que le cours du sang dans les artères n'est pas interrompu, mais amoindri et que, le membre inférieur étant dans une position horizontale, le sang veineux y est poussé du pied vers la cuisse par une pression suffisante ».

Mais dès que le malade se met dans la position verticale, la cyanose apparaît parce que :

« Dans cette attitude, la pression transmise des artères aux veines par les vaisseaux capillaires n'est plus assez forte pour triompher facilement de l'obstacle opposé

« au cours du sang veineux par la pesanteur (1) ».

En même temps que la cyanose, on note par la station verticale, *une sécrétion sudorale abondante* au niveau du pied. Cette sudation apparaît en même temps que la cyanose et accompagne le plus souvent les exacerbations douloureuses que produit la station debout, elle serait due pour Vulpian à « l'excitation des filaments nerveux sympathiques accolés à l'artère ».

A côté de la cyanose, de la sudation, on peut noter *une différence de température* entre les deux pieds et pour chaque pied avec la position horizontale ou verticale.

Le thermomètre appliqué localement accuse une différence de plusieurs dixièmes de degré.

Cette différence de la température peut être assez forte pour être appréciable à la main du médecin et même le malade peut en avoir conscience.

---

(1) Vulpian. *Revue de médecine* 1883. Page 625.

## DIAGNOSTIC

---

Le diagnostic de l'artério-sclérose est en général facile. Sans doute, il ne faut pas sur la simple exploration de la radiale et de la temporale conclure à l'artério-sclérose, car celle-ci peut épargner ces vaisseaux tout en frappant d'autres vaisseaux plus profonds et qui échappent à notre investigation comme réciproquement la radiale et la temporale peuvent être dures et flexueuses sans que les autres vaisseaux de l'économie le soient à un degré bien avancé.

Mais si l'on se base sur un ensemble de phénomènes, si l'on a attentivement exploré le cœur, l'aorte, les vaisseaux périphériques, si l'on a noté plusieurs des nombreux troubles fonctionnels, on peut sans crainte affirmer le diagnostic d'artério-sclérose, et dans ce travail, ce n'est pas ce diagnostic qui est le fait principal, mais bien le diagnostic des symptômes d'artérites que nous avons noté aux membres inférieurs chez nos artério-scléreux.

D'abord les douleurs que nous avons notées peuvent être confondues avec des douleurs rhumatismales, des

douleurs névralgiques, des douleurs variqueuses, mais les caractères un peu spéciaux de ces douleurs, leur disparition fréquente par le repos, leur production ou leur exagération par les mouvements plutôt que par le palper, l'absence de points douloureux bien localisés à la pression, sur le trajet des nerfs joints à l'état des vaisseaux permettront cependant la plupart du temps un diagnostic exact.

Lorsque l'œdème est apparent, on pourra penser aux différentes affections cardiaques ou rénales, mais l'auscultation du cœur, l'examen des urines feront vite éliminer ces affections.

On éliminera la phlegmatia-alba dolens en considérant son œdème considérable blanc, mat, gardant l'empreinte du doigt, tandis que le gonflement de l'artérite est un œdème dur, avec conservation des formes et des saillies tel que le membre paraît plutôt hypertrophié que tuméfié véritablement.

De plus, il est inutile d'insister sur les caractères distincts de l'œdème de l'artérite et de celui de la lymphangite, qui s'accompagne d'un cordon rougeâtre noueux sur le trajet des lymphatiques, et d'une adénopathie secondaire.

Le symptôme de la cyanose peut faire penser à plusieurs affections :

D'abord à la paralysie des vaisseaux des membres; cette paralysie peut s'observer comme reliquat de toutes les maladies infectieuses. Dans ces cas, la peau des membres atteints offre une congestion sanguine habituelle, une véritable cyanose, même lorsque le malade est couché, de plus cette cyanose s'accompagne d'œdème persistant aussi au repos; il n'y a pas de douleurs, les

troubles circulatoires sont dues à la diminution du tonus vasculaire par suite des altérations provoquées par les maladies infectieuses sur les éléments musculaires de la paroi des vaisseaux sanguins.

Cette cyanose peut-elle être due à des lésions des nerfs vaso-moteurs, en particulier des vaso-constricteurs, d'où vaso-dilatation? Non, car dans l'érythromélgie même, le malade étant confiné au lit, il y a une dilatation de tous les vaisseaux, et par suite une congestion permanente de tout le tégument qui manque chez nos malades où la cyanose n'apparaît que par la station debout.

De même on ne peut attribuer cette cyanose à un mauvais état de la circulation veineuse, car nous n'avons noté que très rarement des varices, et chez les variqueux, on trouve exceptionnellement la cyanose dans les régions d'où proviennent les vaisseaux atteints et dans celles qu'ils parcourent.

On ne peut penser non plus à une lésion des capillaires, ayant comme conséquence leur paralysie, car alors la congestion serait permanente.

On peut confondre aussi avec la maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités, mais surtout la confusion peut être faite au début de la maladie lorsqu'avant la gangrène, on n'observe que des crises plus ou moins répétées de syncope ou d'asphyxie locale des extrémités. Abstraction faite du caractère de symétrie qui d'ailleurs n'offre pas l'importance qu'on a été tenté de lui attribuer, remarquons que la maladie de Raynaud s'observe surtout chez des personnes nerveuses chlorotiques et de préférence chez la femme, et toujours chez des sujets jeunes, tandis que nous avons vu les phénomènes d'artérite surtout chez des hommes, déjà d'un

certain âge et chez des tempéraments vigoureux, le plus souvent des arthritiques.

De plus, il faut remarquer que la maladie de Raynaud n'est pas plus fréquente aux pieds qu'aux mains et qu'elle prend généralement moins d'extension et est d'une durée plus longue que l'artérite.

## PRONOSTIC

---

Le pronostic de l'artério-sclérose est fâcheux en ce sens que les lésions artérielles ne sont pas susceptibles de résolution, mais il est bon par la longue évolution de l'artério-sclérose, la gravité du pronostic dépendant bien moins de l'étendue des lésions de l'artério-sclérose que de sa marche.

En effet, l'artério-sclérose surtout localisée aux membres, en dehors des douleurs et de l'impotence fonctionnelle qu'elle cause, ne présente guère d'autre danger que la gangrène et certes cet accident est rare si l'on considère le grand nombre des artério-scléreux.

Mais ne pourrait-on pas tirer justement, au point de vue de cette complication, un élément de pronostic des signes d'artérite que nous avons vus si souvent localisés aux membres inférieurs.

De même que la claudication intermittente doit faire prévoir la gangrène dans un temps plus ou moins lointain, de même l'ensemble des symptômes d'artérite : douleur, cyanose, sécrétion sudorale, modifications de la température, peuvent-ils faire craindre une pré-

disposition à cette terrible complication, surtout s'ils sont localisés à un seul des membres inférieurs et Camuset, dans sa thèse de Paris, rapporte une observation où la cyanose était apparue dans une jambe un an avant les phénomènes de gangrène.

## TRAITEMENT

---

La thérapeutique est impuissante à faire rétrocéder les lésions de l'artério-sclérose; elle peut seulement pallier quelques accidents et faire disparaître quelques troubles.

Sauf quelques cas où l'artério-sclérose à une cause nette comme la syphilis, la diabète et où un traitement rationnel doit être établi, on se contente ordinairement de donner aux artério-scléreux : les iodures, nitrites et nitrates à faibles doses, mais continuées quelquefois pendant plusieurs années.

Mais c'est surtout dans une bonne hygiène que doit consister le traitement de l'artério-sclérose.

Les malades feront des exercices modérés, tout en s'abstenant des excès, des efforts, du surmenage physique et intellectuel.

Ils stimuleront leur nutrition par l'hydrothérapie, de préférence par les douches, ou les lotions froides, suivies de frictions et de massages, et par des cures d'eaux dans quelques stations minérales.

Mais le médecin doit surtout s'attacher à l'alimen-

tation qui doit être légère surtout le soir et consister de préférence en viandes blanches, œufs, laitage, légumes cuits, fruits.

On doit interdire le tabac, les liqueurs, spiritueux, le vin pur, les boissons fermentées, l'abus du thé et du café.

## OBSERVATION I.

Brunon, *Archives de Médecine* 1884.

Sclero-Athéromasie artérielle généralisée. Accidents prédominants au membre inférieur gauche.

Jules C. entre dans le service du Professeur Vulpian à l'Hôtel-Dieu, Salle St-Denis, le 5 janvier 1884.

Homme de 60 ans, constitution robuste, système musculaire bien développé.

Dans ses antécédents héréditaires; on ne relève rien de bien intéressant.

Dans ces antécédents personnels, il faut noter qu'il a été marin une grande partie de sa vie. A 31 ans, aux Colonies, il aurait eu la fièvre jaune. Par contre, il n'a jamais eu de fièvre intermittente, jamais d'accidents syphilitiques. Il a abusé de l'alcool pendant ses années de services. Pendant plus de 10 ans, il a eu des pituites le matin, du tremblement des mains et le sommeil agité. Le tout s'est beaucoup amendé depuis qu'il est sorti du service; le tremblement seul persiste, mais il est léger et variable d'un jour à l'autre.

En 1866. Une attaque de rhumatisme articulaire aiguë généralisé a immobilisé le malade; elle s'est compliquée de palpitations de cœur.

Depuis cette époque, pas de maladies.

Au mois d'octobre 1883. Il survient, sans causes appréciables

des douleurs très vives dans les genoux, le cou-de-pied et dans la région lombaire.

Tout travail est forcément interrompu.

Au mois de décembre, mêmes douleurs dans les épaules.

Amendement graduel, mais quand le malade veut sortir, il survient des palpitations très gênantes, des vertiges, des étourdissements qui empêchent la marche dans la rue et même se produisent au lit quand le malade passe rapidement de la position horizontale à la position assise.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le malade attire tout d'abord l'attention sur les douleurs des membres inférieurs et de la région lombaire.

Aux membres inférieurs, ces douleurs sont localisées dans les genoux et les artères tibio-tarsiennes des deux côtés, Elles sont sourdes, peu intenses, mais continues.

Elles s'exagèrent par la flexion et l'extension de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe.

De plus, si on palpe un peu fortement les masses musculaires de la cuisse et du mollet, le malade accuse une douleur assez intense à ce niveau.

Il y a un léger œdème malléolaire et un peu de bouffissure de la face.

Les artères radiales et temporales sont résistantes sous le doigt. De même, pour la tibiale postérieure derrière la malléole, quoique à un moindre degré.

Le pouls radial est bourdonnant et dépressible.

En levant le bras verticalement, on a assez nettement la sensation de pouls de Corrigan.

Les battements du cœur sont faibles; il y a même là un contraste avec les battements du pouls.

Ils sont réguliers. A la pointe, il y a un léger souffle voilé, lointain, se prolongeant vers l'aisselle.

Au poumon, emphysème pulmonaire des plus net avec respiration humée.

Depuis 6 semaines les mictions sont plus fréquentes, le malade se relève deux fois par nuit.

Il n'y a pas d'albumine dans les curines.

Après 4 jours de repos à l'hôpital, le léger œdème des jambes avait diminué; il ne restait que les douleurs.

C'est à ce moment que le malade fut présenté à M. Vulpian qui le fit lever et attira l'attention sur les phénomènes suivants.

Le malade était debout depuis quelques secondes seulement lorsque l'on vit :

Sur la face dorsale du pied gauche et sur la jambe du même côté, les veines devenue légèrement turgescents, mais en même temps apparaissait graduellement une teinte rosée, commençant elle aussi par le pied, gagnant peu peu la jambe et montant au-dessus du genou.

La teinte d'abord rosée et pâle s'accroissait de plus en plus et devenait franchement cyanique.

Au bout de deux minutes tout au plus, il y avait un contraste frappant entre la coloration des deux jambes.

Dès que le malade fut recouché, la cyanose disparut rapidement et complètement.

Dans la station debout, le malade accuse des douleurs plus vives et surtout mieux localisées que précédemment. Ce fut d'abord une lourdeur, puis des picotements « comme par mille aiguilles » dans les masses du mollet. Ces douleurs étaient exagérées dans les quelques pas que l'on fit faire au malade.

Dans le decubitus dorsal, on constata très nettement que la pression sur le trajet de la fémorale était très douloureuse. En pressant dans la direction du ligament interosseux, tibio-péronier à la face postérieure de la jambe, on augmentait aussi la douleur. De même pour la tibia postérieure comprise derrière la malléole interne, de même et plus nettement encore pour la pédieuse gauche.

Par contre, la palpation n'a donné nulle part la sensation d'un cordon rigide sur le trajet des artères explorées.

La comparaison des pulsations à droite et à gauche a donné les

résultats suivants : pour les crurales : (base et sommet du triangle de Scarpa), les poplitées et les pedieuses, il n'y a pas de différence sensible à droite et à gauche.

Au contraire les pulsations de la tibiale postérieure gauche, côté malade, sont beaucoup moins fortes qu'à droite.

La température des deux membres inférieurs n'est pas la même.

— Membre inférieur découvert depuis dix minutes : gauche 30,4 — droite 30,2.

Dans la station verticale : gauche 29 — droite 30,6.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes tendineux normaux.

Volume des deux membres inférieurs égal.

Pas de sueurs anormales à gauche.

En résumé. — Le diagnostic posé par M. Vulpian fut scléromasie artérielle généralisée évoluant à l'état subaigu dans les membres inférieurs et produisant dans le membre inférieur gauche une diminution notable du calibre des artères.

## OBSERVATION II

(Personnelle).

(Service de clinique. Hôtel-Dieu de Rouen)

Femme D., 59 ans, laveuse, entre dans le service le 18 septembre pour douleurs dans les jambes.

Dans ses antécédents héréditaires, on relève :

Père : Mort subitement vers 40 ans.

Mère : Bien portante, a eu 8 grossesses : 3 enfants vivants, 2 fausses couches et 3 enfants morts-nés ou mort le premier jour.

Dans ses antécédents personnels : jamais malade ; bonne santé.

Aurait eu une fièvre typhoïde vers l'âge de 7 ans.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis.

Mariée à 20 ans. — A eu 5 grossesses.

1<sup>o</sup> Enfant. — mort de méningite à 7 mois.

2<sup>e</sup> Grossesse. — Fausse couche de 6 semaines.

3<sup>e</sup> Grossesse. — Fausse couche de 3 mois.

4<sup>o</sup> Grossesse. — Garçon vivant, bien portant.

5<sup>e</sup> Grossesse. — Garçon, bien portant.

A son entrée, on ne note rien de particulier aux jambes, sauf un léger œdème péri-malléolaire.

La temporale est flexueuse.

Etat général bon, pas d'amaigrissement.

La radiale est indurée et flexueuse; le poul est dur et bondissant.

L'auscultation du cœur montre un 2<sup>e</sup> bruit aortique légèrement sonore.

La pointe du cœur bat dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal et sur la ligne mamelonnaire.

Le choc de la pointe est très appréciable à la palpation.

La malade ne présente aucuns troubles digestifs, mange de tout, pas de constipation. — Le foie déborde d'un travers de doigt le rebord des fausses côtes.

La malade avoue prendre régulièrement plusieurs cafés avec alcool par jour.

Au poumon : rien à signaler.

Au rein : pas d'albumine.

Les douleurs dans les jambes sont surtout localisées dans les mollets; si l'on palpe, on trouve certains points douloureux, au niveau du creux poplite et au mollet surtout sur la ligne médiane (trajet de la poplite et de la tibiale postérieure).

Les battements artériels de la tibiale postérieure et de la pédieuse n'offrent rien de particulier.

Les jambes n'offrent aucune teinte cyanique.

Si l'on fait lever la malade, ou observe en quelques secondes, une teinte ronge qui envahit peu à peu les extrémités inférieures,

en commençant par les orteils et remontant peu à peu jusqu'à la partie supérieure du mollet.

La température prise localement donne 30°, 4 pour la jambe gauche 30°, 3 pour la jambe droite, la malade étant couchée.

Debout, on trouve 30°, 2 pour la jambe gauche et 29°, 7 pour la droite.

De plus, la station debout exagère les douleurs.

Le diagnostic posé est de douleurs rhumatoïdes chez une artério-scléreuse, alcoolique dues à des phénomènes d'artérites localisés dans la tibiale postérieure ou la poplitée.

Le repos au lit, les frictions des membres inférieurs sont le seul traitement appliqué.

La malade sort au bout de 8 jours.

L'œdème a disparu, les douleurs ont diminué mais, existent surtout le soir lorsqu'il y a déjà un certain temps que la malade s'est levée et a marché.

La teinte des jambes est alors violacée et remonte jusqu'au dessus du genou  
tous ces phénomènes cessent aussitôt que la malade se couche.

### OBSERVATION III

(Personnelle). Hôtel-Dieu, Rouen.

Rachel. C., confectionneuse, 50 ans, entre dans le service le 15 septembre pour bronchite.

*Antécédents héréditaires* : Mère encore bien portante.

Père mort d'accident. Une sœur bien portante.

*Antécédents personnels* : Est déjà venue dans le service, il y a 4 ans pour de la pleurésie.

Jeune a eu la rougeole et la scarlatine.

Réglée à l'âge de 15 ans, toujours bien réglée depuis; a eu 4 en-

fants, vivants et bien portants; tousse tous les hivers depuis sa pleurésie.

A son entrée dans le service, on note un état général bon, pas d'amaigrissement.

La malade tousse beaucoup et expectore des crachats de bronchite, muco-purulents.

A l'examen du poumon, on note :

Légère submatité eu avant et à gauche.

Râles sibilants aux deux sommets.

En arrière, sibilants et sous-crépitanants dans toute la hauteur. Aucune trace de la pleurésie.

Système digestif bon, mange de tout, digère bien, jamais de maux d'estomac; pas de constipation.

Système urinaire. — Légères traces d'albumine.

La malade attire l'attention sur ses jambes qui sont cyanosées et qui enflent lorsqu'elle est debout depuis longtemps.

En effet : au repos, les jambes et les pieds sont couverts de marbrures violacées; lorsqu'on la fait mettre debout, elles disparaissent dans une teinte cyaniquée généralisée.

Si l'on recherche les signes d'artério-sclérose, on trouve une radiale dure et flexueuse.

Le pouls est fort, hypertendu.

La temporale est visible, flexueuse.

Le visage est rouge, les pommettes le nez et les oreilles sont marbrés de taches rouges.

Le cœur est normal à l'auscultation; seule, la pointe est abaissée et bat un peu en dehors de la ligne mamelonnaire; le choc de la pointe est normal.

On ne note aucune douleur aux pieds; pas de fourmillements; pas de crampes.

La malade accuse des céphalées fréquentes, des vertiges lorsque, étant baissée, elle se relève vivement; souvent des epistaxis, surtout le matin au réveil.

L'arc sénile est très visible.

Si l'on examine les artères, on les trouve, en général, dures flexueuses; le pouls est fort.

On ne note aucune douleur à l'exploration.

Aucune modification des pouls radiaux, tibiaux et pédieux.

La température locale accuse 30°,5 au lit, est augmentée par la station debout : 30°,8 pour la jambe droite et 30°,9 pour la gauche.

Enfin les teguments sont humides; la malade a toujours les pieds et les mains moites. La sécrétion sudorale paraît augmentée dans la station debout.

En résumé, chez cette femme atteinte de bronchite, et présentant des signes d'artério-sclérose, on peut noter de la cyanose des membres inférieurs et des modifications de la sécrétion sudorale, symptômes de troubles artériels localisés aux membres inférieurs.

#### OBSERVATION IV

(Personnelle). Hospice Général.

Albert L..., 55 ans, charretier, entre le 1<sup>er</sup> septembre pour vertiges et faiblesse.

*Antécédents héréditaires.* — Père, cordonnier, mort de tuberculose. — Mère bien portante a fait 5 fausses couches.

*Antécédents collatéraux.* — Le malade a eu 16 frères et sœurs, 6 sont encore vivants.

Une sœur est morte à 7 mois de méningite.

Une autre venue à 7 mois, est morte peu après.

Un frère jumeau du malade serait mort de tuberculose à 2 ans.

Un garçon mort vers 4 mois.

3 autres frères et 3 autres sœurs bien portants.

*Antécédents Personnels.* — Aurait eu étant jeune la rougeole, la scarlatine, la coqueluche.

Au régiment, rhumatisme articulaire aigu aurait duré 3 mois ; depuis jamais eu de rechutes.

Vers 30 ans, pneumonie. — Depuis, jamais été malade.

Depuis un an, sujet à des céphalées, vertiges ; syncope, il y a 8 jours ; ne peut faire de mouvements brusques sans vertiges et douleurs violentes dans la tête. Il éprouve des lassitudes ; toujours fatigué, même le matin en se levant.

A l'examen, on est frappé d'abord par la pâleur du visage et de tous les tegments. L'examen de la radiale dénote une artère en tuyau de pipe, roulant sous le doigt ; la temporale est flexueuse, le pouls est tendu, bondissant.

A l'examen du cœur, on note la pointe abaissée dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal, et en dehors de la ligne mamelonnaire, le choc est normal. A l'auscultation, le 1<sup>er</sup> bruit à la pointe est sourd, à la base, le 2<sup>e</sup> bruit est sonore ; pas de souffle.

Le malade se plaint de fourmillements dans les jambes, souvent est réveillé la nuit par des crampes dans les mollets.

Il a toujours froid aux pieds, il ne les sent plus. Quand il marche il lui semble que ses jambes se dérobent sous lui.

L'examen du poumon dénote de la submatité au sommet droit et quelques râles épars dans la poitrine.

Le malade mange bien ; il digère difficilement, a des pesanteurs d'estomac après ses repas. Ne vomit jamais.

Il a toujours abusé de l'alcool ; gros foie douloureux, et débordant les côtes de deux travers de doigts.

L'examen de l'urine ne dénote ni sucre ni albumine.

Le diagnostic posé est troubles cérébraux, dus à l'alcoolisme chez un artério-scléreux.

En recherchant les signes d'artérite sur les membres inférieurs on a noté :

En palpant les membres inférieurs sur le trajet des artères, on éveille des douleurs, au niveau de la fémorale dans tout le triangle de Scarpa, surtout à gauche.

La pression de la poplitée est douloureuse ainsi que celle de la tibiale postérieure.

Les poulx malléolaires ne sont pas appréciables.

Le poulx pédieux pris à droite est fort, tendu ; à gauche, il est à peine sensible.

Le malade n'a jamais présenté d'œdème des jambes.

Lorsqu'on le fait lever, on note une légère teinte rosée qui envahit peu à peu en est deux minutes environ tout le membre inférieur et remonte jusqu'à mi-cuisse.

Cette teinte rosée est surtout accentuée sur le membre gauche.

On ne note pas de sécrétion sudorale.

En recherchant la température locale, on note, le malade étant couché :

Membre gauche, 30° 2. Membre droit : 30°, 1.

Le malade étant debout :

Membre gauche : 29°, 9. Membre droit : 30° 4.

Il n'y a aucun trouble réflexes.

Il semble donc que chez cet artério-scléreux, il y ait des phénomènes d'artérite des deux membres inférieurs, surtout localisés sur le membre inférieur gauche.

#### OBSERVATION V.

Marguerite D. Agée de 58 ans. Célibataire.

Entrée le 22 août dans le service pour douleurs d'estomac.

Antécédents. — N'a pas connu ses parents. Ni frères, ni sœurs.

N'a jamais été malade étant jeune.

Depuis 4 ans souffre de l'estomac.

Au commencement, sensation de pression au creux de l'estomac ; les douleurs apparaissent d'abord 2 heures après les repas ; elles durent 1 heure ; elles s'irradient dans les côtes et le dos.

Vomissements, fréquents tous les 2 ou 3 jours, apparaissent 1 heure ou deux après les repas et calment les douleurs.

Régurgitations acides ; jamais eu d'hématémise ni de mœlena ; la malade mange de tout.

Le diagnostic posé est d'ulcère de l'estomac.

En examinant le pouls de la radiale, on est frappé de la flexuosité de cette artère et du caractère d'hypertension de cette artère ; on pose le diagnostic d'artério-sclérose. — La temporale est aussi flexueuse.

Les artères des jambes sont aussi indurées ; le pouls de la pédieuse est dur et tendu.

L'examen du cœur ne révèle pas d'augmentation du ventricule gauche, la pointe bat dans le 5<sup>e</sup> espace, normalement ; à l'auscultation, on note le 2<sup>e</sup> bruit aortique, sonore, clangoreux.

L'aorte est augmentée de volume ; on la sent battre au-dessus de la fourchette sternale ; tous les vaisseaux du cou battent visiblement.

La malade n'accuse pas de douleurs dans les jambes, ni fourmillements, ni crampes.

Jamais eu de maux de tête, quelquefois seulement des vertiges ou des bouffées de chaleurs lui montent à la tête, surtout après les repas ; jamais eu d'épistaxis, mais mouche souvent du sang. L'arc senile est très développé.

Il semble donc bien que cette femme est atteinte d'artério-sclérose.

En examinant spécialement les membres inférieurs, on ne note pas de douleurs, ni à la palpation ni à la pression sur le trajet des artères.

Pas d'œdème des jambes. — Pas de sueurs anormales.

L'examen de la température locale ne révèle qu'un abaissement de 1 dixième de degré pour les deux jambes, dans la station verticale ; par contre, dans cette même position, les deux jambes prennent une teinte cyanose généralisée remontant jusqu'aux genoux.

Ce phénomène disparaît aussitôt que la malade se recouche.

## OBSERVATION VI

(Communiquée par le Dr Leballeur).

Charles H..., — 56 ans, peintre.

Entre dans le service le 15 juillet pour coliques de plomb.

Père. — Mort de vieillesse.

Mère. — Agée de 86 ans, jamais malade.

Un frère bien portant.

Une sœur morte à 40 ans d'un cancer de l'utérus.

Jamais eu de maladies.

Il y a 15 ans, a eu des coliques de plomb ; depuis, jamais eu d'accidents de saturnisme.

Il y a 8 jours a commencé à souffrir dans le ventre, les douleurs ont été en augmentant ; vomissements de temps en temps ; constipation opiniâtre.

Le malade prend du sulfate de soude et met des cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Les douleurs ne diminuant pas, il rentre à l'hôpital.

A son entrée, le ventre est douloureux et rétracté ; on note de la stomatite assez accentuée ; l'haleine est fétide, la langue saburrale.

Le pouls radial est dur, hypertendu ; l'artère est rigide, ne se laisse pas déprimer.

La temporale est flexueuse ; on la voit se dessiner et battre.

Toutes les autres artères sont indurées.

A l'examen du cœur : la pointe bat normalement dans le 6<sup>e</sup> espace et un peu en dehors de la ligne mamelonnaire.

A l'auscultation, timbre sonore du deuxième bruit aortique.

Le malade présente du tremblement des mains très accentué,

lorsqu'on lui fait étendre le bras et écarter les doigts. — Il dit n'avoir jamais abusé de l'alcool.

N'a jamais présenté de paralysies; les réflexes tendineux sont normaux; la sensibilité intacte.

Il présente des fourmillements; il a souvent des crampes dans les jambes.

Jamais de maux de tête, de vertiges.

Le diagnostic posé est d'artério-sclérose due au saturnisme.

Si l'on examine particulièrement les membres inférieurs, on note des douleurs à la pression sur le trajet des artères. Du reste, la pression de la radiale sur la tête du radius est douloureuse.

A la palpation des membres inférieurs, pas de douleurs.

Les battements artériels derrière la malléole interne, et de la pédieuse sont normaux et synchrones pour les deux membres.

L'examen de la température locale ne révèle rien de particulier.

Le malade accuse des fourmillements dans les membres inférieurs, surtout le soir.

Mais on note surtout lorsqu'on fait lever le malade, la cyanose qui envahit peu à peu en deux minutes, tout le membre inférieur jusqu'au dessus du genou et garde tant que le malade est debout une teinte violette foncée.

On n'observe pas de sécrétion sudorale, la peau est même remarquablement sèche et terreuse, sur tout le corps.

En résumé, cet artério-scléreux présente donc des artères douloureuses et de la cyanose des membres inférieurs.

## OBSERVATION VIII

(Communiquée par le Dr Leballeur),

Albert M... 59 ans, rentre le 13 juin pour oppression continue, mais surtout la nuit.

*Antécédents héréditaire.* — Père mort d'une attaque.  
Mère morte d'une tumeur dans le ventre.

*Antécédents collatéraux.* — 3 frères et une sœur, tous bien portants.

*Antécédents personnels.* — N'a jamais fait de maladie grave; quelques indispositions passagères.

N'a jamais eu de rhumatisme.

A son entrée, le malade est oppressé, mais cependant il reste couché à plat sur son lit.

Le teint est pâle; tous les téguments sont décolorés, jaunâtres. Il y a un léger œdème des jambes.

Le ventre est ballonné, non douloureux.

Le foie ne déborde pas; le malade a souvent des alternatives de diarrhées et de constipation.

Aux poumons, quelques râles sous-crépitaux aux deux bases.

A l'examen du cœur, on note une hypertrophie marquée du ventricule gauche : la pointe bat dans le 7<sup>e</sup> espace et très en dehors de la ligne mamelonnaire. — Lorsqu'on applique la main à plat sur la région précordiale, elle est soulevée en masse à chaque pulsation.

Le choc de la pointe est violent :

A l'auscultation, rien à la pointe; à la base et à l'orifice aortique, on note un souffle dur, râpeux, d'insuffisance aortique, remplaçant le 2<sup>e</sup> bruit et se prolongeant dans le grand silence.

Le malade est donc atteint d'insuffisance aortique, comme on ne trouve dans ses antécédents ni maladies infectieuses, ni rhumatisme, on pense, vu son âge, à une insuffisance du type d'Hogson.

En effet, l'aorte est augmentée de volume, les battements de la crosse sont sensibles au-dessus de la fourchette sternale.

Les carotides se soulèvent visiblement à chaque systôle.

L'examen de la radiale, en plus qu'il dénote un pouls bondis-

sant et dépressible d'insuffisance aortique, montre une artère dure et sinueuse. — De même la temporale.

On ne trouve pas de pouls capillaire, ni unguéal. — Le stéthoscope appliqué sur l'artère fémorale ne fait pas entendre le double souffle de Duronez, mais plutôt un double roulement.

Le malade a souvent des maux de tête, des vertiges, des bourdonnement d'oreilles.

Il éprouve des fourmillements dans les pieds et les mains; par moments, il lui semble que ses doigts ou ses pieds sont froids et morts.

Il semble donc, que l'on ait bien à faire à une artério-sclérose ayant déterminé par la dilatation aortique, une insuffisance.

Si l'on examine ses membres inférieurs, on ne note pas de douleurs à la palpation des muscles, ni à la pression sur le trajet des artères.

Le pouls pédieux est bondissant, mais normal des deux côtés.

On notait un léger œdème à son entrée, mais il a disparu par le repos.

A la palpation, la peau est humide, et si le malade est debout, la sudation augmente.

De même dans cette position, la cyanose envahit les deux membres inférieurs jusqu'aux genoux et est d'autant plus à noter qu'elle tranche avec la teinte blanche-jaunâtre du restant du corps.

## CONCLUSIONS

---

1° Il peut se produire au cours de l'artério sclérose une localisation de l'inflammation des artères.

2° L'artérite se localise le plus souvent aux membres inférieurs.

3° Le plus souvent, il existe seulement de l'artérite pariétale.

4° Si l'on se trouve en présence d'artérite oblitérante, l'oblitération ne se produit que lentement, permettant à la circulation collatérale de s'établir et d'éviter ainsi la gangrène.

5° L'artérite de l'artério--sclérose se manifeste par :

a) La *douleur* plus ou moins vive et subite, siégeant sur le trajet des vaisseaux, localisée surtout aux endroits où l'artère est accessible ou comprimée sur un plan osseux, augmentant par la pression, la station debout, les mouvements, la marche.

b) Les *variations de caractère* du pouls pédieux ou des battements de la tibiale postérieure derrière la malléole.

c) Les *variations de la température locale*, abaissement le plus souvent.

d) L'*œdème*.

e) La *cyanose*.

f) L'*hyperhydrose*.

Ces trois derniers symptômes apparaissant ou augmentant par la station verticale.

Vu : le Président de la Thèse,  
ROGER

Vu le Doyen,  
L. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :  
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
L. LIARD

## BIBLIOGRAPHIE.

---

*Astier.* — Artérites Rhumastimales. — Thèse de Bordeaux 1897.

*Barbaran et Étienne.* — Endartérite et gangrène symétrique des extrémités. — Revue médicale de l'Est, 1889.

*Barié.* — Étude sur vingt cas d'artérite après fièvre typhoïde. — Revue de médecine 1884.

*Bérard.* — Dictionnaire en 30 Volumes. — Art. Artères Paris, 1833.

*Boisramé.* — Des artérites aiguës dans la grippe. — Thèse de Paris, 1899.

*Brault.* — Les Artérites, 1896.

*Brunon.* — Note sur deux cas d'artérite. — Archives de Médecine, 1884.

*Camuset.* — Contribution à l'étude de l'artérite dite spontanée. — Thèse de Paris, 1902.

*Challe.* — Lésions artérielles de la tuberculose. — Thèse de Paris, 1898.

*Cornil et Ranvier.* — Anatomie pathologique.

*Cruveilhier.* — Anatomie pathologique du corps humain. — Paris, 1828.

Essai sur l'anatomie pathologique en général. — Paris, 1816.

*Debierre.* — Des oblitérations artérielles dans la fièvre typhoïde. — Thèse de Paris, 1877.

- Druelle*. — Gangrène des membres par artérite syphilitique. — Thèse de Paris, 1906.
- Durandard*. — Artérites syphilitiques des membres. — Thèse de Paris 1902.
- Facieu*. — Artérites des membres dans la fièvre typhoïde. — Thèse de Bordeaux, 1886.
- Fort*. — Des artérites dans la grippe. — Thèse de Paris, 1900.
- Franck*. — De curandis hominum morbis epitome. — Mannheim, 1792.
- Gendrin*. — Hist. anat. des inflammations. — Paris, 1826.
- Jaccoud*. — Cyanose. — Traité de pathologie interne.
- Lancereaux*. — Dictionnaire encyclopédique Dechambre. — Art. Artérites, 1871.
- Patry*. — De la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde. — Archives Générale, de Médecine 1863.
- Potain*. — Leçons cliniques de la charité, 1894.
- Petit et Verneuil*. — Asphyxie locale et gangrène palustre. — Revue de Chirurgie, 1883.
- Queuille*. — Artérites rhumatismales aiguës. — Thèse de Paris, 1906.
- Raynaud*. — Maladies des artères. — Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques.
- Rocher*. — Lésions artérielles dans l'artério-sclérose. — Thèse de Paris, 1897.
- Roger et Gouget*. — Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert. — Maladies des artères.
- Thérèse*. — Des artérites secondaires aux maladies infectieuses. — Thèse de Paris, 1893.
- Trousseau*. — Cliniques de l'Hôtel-Dieu.
- Virchow*. Arch. fur. path. anat. V. Physiol. Bd. I. 1847.
- Vulpian*. — Note sur deux cas d'accidents survenus pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. — Revue de Médecine, 1883.





